

СПЕЦИФИКА ОРГАНИЗАЦИИ БЕЗОПАСНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Чураева Ульяна Леонидовна, ulya1993v@mail.ru, студентка,

Научный руководитель: Ахметзянова Анна Ивановна, Anna.Ahmetzyanova@ksu.ru, кандидат психологических наук, доцент, кафедра специальной психологии и коррекционной педагогики, Казанский федеральный университет, Россия

Аннотация: Перемены, происходящие в российском обществе, в образовательной политике государства, гуманизация обучения и воспитания, направленные на гармоничное развитие личности, ее социализацию и индивидуализацию, определяют изменения в специальном образовании, одной из целей которого является создание условий для раннего выявления, коррекции и компенсации вторичных отклонений в развитии детей младенческого и раннего возраста.

Ключевые слова: ранняя помощь, безопасная среда, детский церебральный паралич.

Положения Л.С.Выготского о сложном динамическом взаимодействии факторов органического, социального, субъектного порядков в развитии ребенка при разных вариантах нарушений развития, значимость раннего возрастного периода для формирования полноценной, социализированной личности, определяют приоритетность выбора раннего этапа дизонтогенеза с целью его изучения, теоретического и практического обоснования путей оказания эффективной коррекционно-педагогической помощи ребенку раннего возраста в компенсации нарушений развития и социальной адаптации. Исследователями доказана уникальность младенческого и раннего возраста для эффективной коррекции и предупреждения вторичных отклонений развития (М.Г.Блюмина, А.А.Катаева, Э.И.Леонгард, Е.М.Мастюкова, Е.Ф.Рау и др.).

Имеющийся отечественный опыт теоретического и практического обоснования необходимости ранней коррекционно-развивающей помощи основан на данных многолетней научно-исследовательской и практической деятельности сотрудников УРАО «Институт коррекционной педагогики», которые разрабатывают концепцию раннего выявления и коррекции различных отклонений в развитии у детей первых лет жизни (Е.Р.Баенская, О.Е.Громова, Н.Н.Малофеев, Т.В.Николаева, Ю.А.Разенкова, Е.А.Стребелева, Л.И.Фильчикова, Г.В.Чиркина, Н.Д.Шматко и др.) [2].

В их исследованиях показано, что адекватно организованная ранняя диагностика и комплексная коррекция с первых месяцев и лет жизни позволяют не только корригиро-

вать уже имеющиеся отклонения в развитии, но и предупредить появление вторичных нарушений, снизить степень социальной дезадаптации детей, достичь максимально возможного для каждого ребенка уровня общего развития, образования, степени интеграции в общество. Этой проблемой также успешно занимаются в различных регионах России и СНГ.

Для детей со множественными и тяжелыми функциональными нарушениями ранние годы являются критическими, и чем раньше ребенку будет оказана помощь, тем она будет эффективнее.

Программы раннего вмешательства появились в США и странах Западной Европы в 50–60 годах XX века. Причина появления и развития подобных программ в понимании того, насколько важны ранние годы жизни ребенка для его дальнейшей жизни. Именно в первые годы жизни формируется личность ребенка, его представление об окружающем мире, закладываются особенности его отношения к людям. Известно также, насколько важными являются первые годы жизни для формирования мозга и развития сенсорных систем человека.

Программы раннего вмешательства и сегодня интенсивно развиваются во многих странах. В США действуют целые службы раннего вмешательства. В Германии, Латвии, Литве, Эстонии эта услуга предоставляется в клиниках. Центры помощи открыты в Великобритании, Швеции, Норвегии [1].

Программы раннего вмешательства (абилитации) начинаются с момента обнаружения у ребенка нарушения или задержки в развитии, а также наличия факторов социального риска, приводящих к задержке в развитии или трудностям в социализации и дальнейшей жизни ребенка, и осуществляется путем скоординированных действий различных служб.

Служба раннего вмешательства минимизирует потенциальные задержки развития у детей и ослабляет влияние условий, приводящих к нарушениям развития.

Ранняя комплексная помощь открывает для значительной части детей возможности своевременной социализации, включения в общий образовательный поток (интегрированное обучение) уже в дошкольном возрасте, включает мероприятия, направленные на выявление психических и/или физических нарушений развития, восстановление или компенсацию нарушенных структур и функций организма, ограничений активности, а также сопровождение развития, обучение детей, консультирование и обучение родителей способам ухода и оказания специальной помощи детям [4].

Одним из наиболее тяжелых заболеваний ЦНС является детский церебральный паралич (ДЦП), симптоматика которого проявляется в виде различных двигательных,

психических и речевых нарушениях. Успехи современной медицины в области акушерства, неонатологии, детской неврологии привели к значительному снижению смертности новорожденных и, одновременно, к повышению частоты неврологических нарушений у детей, среди которых ДЦП занимает первое место. Распространенность ДЦП среди детской популяции весьма значительна и составляет до 5,8 на 1000 детей, при этом устойчивый рост количества таких детей сопровождается утяжелением нарушений развития (Л.О.Бадалян, В.Н.Козьякин, А.Б.Пальчик, К.А.Семенова, Е.Г.Сологубов).

Тяжесть этих нарушений определяет прогноз в отношении социальной адаптации детей с церебральным параличом. Актуальность развития системы специального образования детей с ДЦП обусловлена не только гуманистическими тенденциями развития общества, но и степенью востребованности данной системы.

Согласно гуманистического подхода, для нормального существования человека, предполагающего формирование его высокой самооценности, необходима активизация внутренних ресурсов позитивного развития личности («личностного роста»), гуманность и возможность выбора. Для прогноза будущего, ожидающего больного ДЦП ребенка, решающее значение имеют не только чисто медикаментозные и уменьшающие внешнюю выраженность болезненных симптомокомплексов средства, но и обеспечение его выхода из состояния физической и психической неполноценности [1].

На основе одной медицинской реабилитации ребенок приспосабливается к условиям жизни на биологическом уровне. В отношении детей, больных ДЦП, должна проводиться комплексная система ранней реабилитации, отработанная в мировой практике и получившая признание. Если будет проведена ранняя диагностика (не позднее 4-6 месячного возраста ребенка) и раннее начало систематического медико-педагогического воздействия, практическое выздоровление и нормализация различных функций могут быть достигнуты в 60-70% случаев к 2-3 летнему возрасту. В случае отсутствия своевременной коррекционной работы возникновение тяжелых двигательных, психических и речевых нарушений более вероятно. (Л. О. Бадалян; Е. М. Мастюкова; К. А. Семенова)[2].

Участвовать в реализации ранней реабилитации детей с ДЦП должны не только специальные педагоги, но и сами дети, их родители, специалисты-психологи, логопеды, дефектологи, врачи. Отношения детей, педагогов, психологов и медиков должны строиться на основе доброжелательности, сотрудничества, уважения личности ребенка и предоставления ему возможности свободно развиваться в соответствии с его возможностями и интересами. Для реабилитации детей с ДЦП необходимы положительные элементы, перспективы, цели, мотивы. На первое место выдвигаются возможности и до-

стоинства этих детей, которые ставят их в один ряд со всеми другими членами общества. Это все возможно реализовать только благодаря службам ранней помощи.

В последние годы в России расширилась сеть учреждений, в которых оказывается ранняя коррекционно-педагогическая помощь детям с двигательной патологией и их родителям: психолого-педагогические реабилитационные центры, службы ранней помощи, лекотеки, консультативно-диагностические пункты, группы кратковременного пребывания, поликлиники, неврологические отделения и психоневрологические больницы, специализированные санатории, ясли-сады, школы-интернаты для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, дома ребенка, интернаты (Министерства социальной защиты). В этих учреждениях в течение длительного времени осуществляется не только восстановительное лечение, но и квалифицированная помощь логопедов, дефектологов, психологов, воспитателей по коррекции нарушений познавательной деятельности и речи. К сожалению, в настоящее время такие учреждения имеются только в Москве, С. -Петербурге и крупных городах [3].

Научно-практический центр детской психоневрологии является ведущим учреждением, где оказывается реабилитация детей с церебральным параличом в полной мере. На базе центра функционирует психолого-педагогическая служба, специалисты которой (логопеды, дефектологи, медицинские психологи, воспитатели, инструктора по трудотерапии) работают в тесном контакте с врачами. Структуру работы психолого-педагогической службы определяет распределение детей на отделения в соответствии с их возрастом и профилем патологии (ортопедическое, нейрохирургическое, психоневрологическое). В Санкт-Петербурге реализуется городская социальная программа "Абилитация младенцев" [4].

Для решения проблемы лечения и образования детей с ОВЗ, детей-инвалидов, в том числе и с ДЦП, была разработана Правительством Москвы «Стратегия» – «Московские дети» на 2008 - 2017 годы. Целью проекта «Стратегия» является социализация детей с ОВЗ и ДЦП, обеспечив им условия для обучения в обычных ДОУ и школах, включение в образовательный процесс детей с ДЦП, находящихся на длительном лечении в больницах. В результате реализации «Стратегии» в Москве в 2010 году было создано 117 служб ранней помощи (СРП), которые посещают 1890 детей в возрасте от 2 месяцев до 4 лет с выявленными нарушениями развития или риском нарушения ОВЗ и ДЦП, нуждающихся в психолого-педагогической и медико - социальной помощи. Помощь семьям, где растут дети с ОВЗ, в том числе дети-инвалиды и с ДЦП, осуществляется также в 125 лекотеках. Их посещают дети от 2х месяцев до 7 лет, которым из-за состояния здоровья или особенностей развития не подходят массовые группы детских садов. В ле-

котехах им оказывают психолого-педагогическую и медико - социальную помощь. В 2011 году началась реализация пилотного проекта по развитию дистанционного образования детей-инвалидов, детей с ДЦП и ОВЗ.

В нашей стране пока сделаны первые шаги по организации государственной системы ранней комплексной помощи детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Такую помощь уже получают, например, дети с нарушенным слухом.

Организация системы ранней комплексной помощи для детей с нарушениями слуха является своеобразным примером эффективного раннего вмешательства в развитие детей с прочими отклонениями в развитии, как сенсорными, так и психическими и опорно-двигательными [1].

Таким образом, на сегодняшний день пройден важный этап становления ранней помощи детям с ДЦП и в некоторых регионах страны (Самарская область, Калининградская область, Республика Марий-Эл, Красноярский край, Новгородская область). Проведен анализ и отбор учреждений, в которых наиболее целесообразно открывать службы ранней помощи, сформированы штаты сотрудников, определены нормативно-правовые аспекты деятельности, проведено обучение специалистов, службы оснащены современными технологиями коррекционной помощи. Результаты мониторинга проведенного в 2007-2008 годах в рамках Федеральной целевой программы развития образования, свидетельствуют о высокой социально-экономической эффективности работы служб ранней помощи детям с ДЦП в этих регионах и подтверждают выводы о значимости оказания ранней помощи детям с ДЦП, которые были сделаны мною ранее.

Что касается нашей республики. Одним из стратегических направлений социально-экономического развития Республики Татарстан до 2020 года является снижение негативных тенденций в жизнедеятельности граждан, попавших в трудную жизненную ситуацию, в том числе семей, воспитывающих ребенка с ограниченными возможностями. Традиционно реабилитационные мероприятия реализуются по схеме: основной курс реабилитации на базе лечебно-профилактических учреждений - реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями - социально-реабилитационные отделения, функционирующие при комплексных центрах социального обслуживания населения в муниципальных образованиях республики.

В Республике Татарстан дети-инвалиды составляют 1,9% детского населения. Если учесть, что кроме детей, имеющих статус ребенка-инвалида, еще до 7-8% детей имеют нарушения, выражающиеся неспособностью к учебе, поведенческими расстройствами и другими отклонениями в развитии, то не менее 10% детей в республике нуж-

даются в комплексной социально-медицинской реабилитации и требуют формирования мероприятий по профилактике инвалидизирующих состояний [5].

Успешная реализация индивидуальных программ помощи и реабилитации может быть обеспечена только при работе междисциплинарной команды специалистов, объединяющих специальные знания медиков, социальных работников и педагогов. Именно команды, работающей на благо ребенка. В нашей республике это специалисты разных ведомств, каждое из которых действительно много и эффективно работает в направлении реабилитации детей с ОВЗ.

С 2009 года при финансовой поддержке Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в республике были реализованы «Программа активного включения детей-инвалидов и их семей в социальную жизнь по месту жительства в целях улучшения качества и профилактики инвалидного стиля жизни» в учреждениях социального обслуживания и «Раннее вмешательство по сопровождению детей раннего возраста с нарушениями развития и ограниченными возможностями в Республике Татарстан» в учреждениях здравоохранения [5].

В рамках реализации программ были созданы Служба раннего вмешательства и Служба домашнего визитирования. Анализ итогов работы по реализации этих проектов продемонстрировал, что поставленные задачи эффективно решаются с помощью новых подходов и методов работы. Так значительно вырос процент раннего выявления патологии и, соответственно более раннее начало реабилитационных мероприятий, что значительно повысило их эффективность. У детей целевой группы и членов их семей значительно улучшилось качество жизни. К решению проблем семей, где проживает ребенок с ОВЗ, стали все больше привлекаться члены местного сообщества и чиновники. Родители, участвующие в программах, начали осознавать необходимость двух составляющих реабилитационного процесса – медицинской и социальной - в равных долях, стали активно использовать навыки домашнего тренера, навыки реабилитации и абилитации в домашних условиях. Специалисты, прошедшие обучение с успехом используют полученные навыки, знания и опыт в рамках основной деятельности, меняют свой подход к пониманию социальной и медицинской реабилитации, ориентируют родителей на решение вопросов нормализации жизни детей [1].

В целях дальнейшей систематизации в Республике Татарстан межведомственного подхода к решению проблем семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, учитывая положительные результаты реализации в 2009-2011 годы республиканских программ «Раннее вмешательство» и «Программа активного включения детей-инвалидов», а также необходимостью реализации подпункта «а» пункта «2» Пе-

речня поручений Президента Российской Федерации от 15 марта 2011г. № Пр-653 о сопровождении семей, имеющих детей с ОВЗ, начиная с момента рождения таких детей, и новым Законом о социальном обслуживании, Кабинетом Министров принята долгосрочная целевая программа «Комплексная программа формирования системы межведомственного патронажного сопровождения по месту жительства семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии и здоровье на 2012-2014 годы» (Постановление Кабинета Министров №991 от 16.11.2012г), получившая финансовую поддержку Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Деятельность в данном направлении предполагает стратегию содружества, взаимодополняемости, интеграции в решении проблем семьи, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии и здоровье. В рамках реализации Программы запланированы мероприятия, в результате которых должны получить развитие новые, эффективные услуги по реабилитации детей с нарушениями в развитии и здоровья, должно повыситься качество услуг для детей-инвалидов и детей группы риска.

В рамках Программы Служба раннего вмешательства в учреждениях МЗ РТ организует патронаж дородовой, после рождения ребенка (в возрасте 0-2года) проводит комплексную диагностику, реабилитацию и сопровождение детей на базе комплекса: родильный дом, поликлиника, реабилитационный центр в соответствии с технологией раннего вмешательства. Работает команда специалистов в Кабинетах раннего вмешательства учреждений МЗ РТ – курсовая реабилитация.

На следующем этапе (2 года- 3 года 11 мес.) ведется совместное сопровождение ребенка и членов его семьи специалистами Служб раннего вмешательства (курсовое) и домашнего визитирования (домашние визиты специалистов учреждений МТЗиСЗ РТ с использованием адаптированной шведской технологии CBR (community based rehabilitation – обучение в обществе для людей с умственными и физическими нарушениями). При наличии функциональных нарушений по достижению 4 лет, Служба раннего вмешательства оказывает консультационные услуги, Служба домашнего визитирования (СДВ) учреждений МТЗиСЗ РТ продолжает сопровождение (социальный патронаж) семьи. К патронажу семей, воспитывающих детей с ОВЗ привлекаются добровольные помощники, для выполнения функций персональных помощников родителей.

Координаторы СДВ ведут постоянный мониторинг функционального состояния детей, состоящих на патронаже. Патронаж Службы домашнего визитирования заключается в реализации Индивидуальной программы помощи и реабилитации (ИППР) через: обучающие визиты в семью, воспитывающую ребенка-инвалида с целью обучения родителей навыкам абилитационной и реабилитационной работы в домашних условиях

(навыкам домашнего тренера), использованию в реабилитации обучающих пакетов; проведения развивающих занятий с парой «мама-ребенок», повышения функциональных способностей ребенка во всех областях развития; оказания помощи родителям в предупреждении развития вторичных нарушений у ребенка (опрелости, пролежни, деформации и контрактуры, инфекции, кардиореспираторные нарушения, эмоциональная усталость) в домашних условиях; содействия в адаптации домашней среды к потребностям ребенка, оказания помощи родителям в использовании дома промышленных приспособления и технические средств реабилитации, а также в изготовлении вспомогательных приспособлений из подручных материалов для более эффективного развития ребенка и нормализации его жизни.

При достижении необходимого уровня функциональных возможностей семье предлагают посещение Лекотеки на базе Учреждения социального обслуживания муниципального района. Основной задачей на данном этапе является «выход» ребенка с ОВЗ из домашней ситуации, перенос функциональных навыков, полученных в домашних условиях, в новую среду, развитие ребенка в игровых сеансах Лекотеки. Работа, предпочтительно, ведется индивидуально с семьей «ребенок-родитель-специалист» (занятия в паре ребенок-родитель и специалисты (врач-невропатолог, логопед, инструктор ЛФК, психолог, социальный педагог) и групповая работа – родители с детьми и специалист). Эффективность работы Лекотеки определяется повышением функциональных навыков и способностей ребенка с ОВЗ, уровня социализации и возможностью эффективного перехода на работу в паре «ребенок-специалист» и групповую работу [5].

На этом этапе родителям, воспитывающим детей с ОВЗ, предлагается посещение Отделения дневного пребывания (ОДП). ОДП организованы в центрах социального обслуживания населения. Специалисты ОДП формируют группы (5-7 чел), каждая группа работает по отдельному плану и графику, в соответствии с потребностями детей. Параллельно с ОДП работает Родительский клуб. Т.е. в то время, когда ребенок находится на занятиях в ОДП, родитель может работать, заниматься личными делами, посещать занятия Родительского клуба, посещать консультативно - обучающий кабинет. Эффективность работы ОДП определяется повышением функциональных навыков и способностей ребенка с ОВЗ, уровня развития и социализации и готовностью к получению образования (коррекционного, инклюзивного, общего) в дошкольных и школьных учреждениях.

В ожидаемых результатах реализации Программы особенно ценным является факт формирования системы межведомственного взаимодействия помощи детям с нарушениями в развитии и здоровье и членам их семей. Совместная работа здравоохранения и социального обслуживания позволит реализовать непрерывность процесса реабилита-

ции, преемственность в сопровождении детей, что, в свою очередь должно ликвидировать пробелы в системе реабилитации, разобщенность медицинской и социальной систем реабилитации, создать общее поле деятельности, направленное на главную цель - повышение уровня функциональных возможностей детей-инвалидов, снижение уровня детской инвалидности, повышение уровня адаптации и интеграции детей с нарушениями здоровья в общество.

Сегодня Республика Татарстан имеет положительные результаты по итогам программ 2009 – 2011 годы «Раннее вмешательство по сопровождению детей раннего возраста с нарушениями развития и ограниченными возможностями в Республике Татарстан» и «Программа активного включения детей-инвалидов и их семей в социальную жизнь по месту жительства в целях улучшения качества и профилактики инвалидного стиля жизни», «Комплексной программы формирования системы межведомственного патронажного сопровождения по месту жительства семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии и здоровье на 2012 - 2014 годы». Сегодня есть результаты, показывающие эффективность реализуемых технологий [5].

Литература:

1. Ахметзянова, А.И., Твардовская А.А. Организация и содержание коррекционной работы с Лекотеке.-Москва: Школьная пресса, 2013.-208 с.
2. Малофеев, Н.Н. Ранняя помощь — приоритет современной коррекционной педагогики / Н.Н. Малофеев // Дефектология 2003- №4 - С. 7-11.
3. Приходько О.Г. Задачи, содержание и методы ранней помощи детям с двигательными нарушениями /О.Г. Приходько // Дефектология 2003, № 4. С. 36-39.
4. Самарина, Л.В. Служба раннего вмешательства: новая форма оказания помощи и поддержки детям раннего возраста и их семьям // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития, 2005, №6, С.3 - 6.
5. Сухова, А. А. Комплексный анализ инвалидности вследствие детского церебрального паралича у детей и особенности их реабилитации в Республике Татарстан: Автореф. дисс. канд. мед. наук. М., 2011. – 32 с.

©Чураева У.Л., Ахметзянова А.И., 2014

THE ORGANIZATION OF THE SAFE ENVIRONMENT FOR CHILDREN EARLY AGE, HAVING THE CHILDREN'S CEREBRAL PALSY

Tchuraeva, Ulyana, ulya1993v@mail.ru, student,

Supervisor: Ahmetzyanova, Anna, Anna.Ahmetzyanova@ksu.ru, PhD, vice-professor,

Department of Special psychology and Correctional pedagogics,

Kazan Federal University, Russia

Abstract: Changes in educational policy of the state, a humanization of training and education, define changes in education. The purposes which face an education system consist in creation of conditions for early identification and compensation of secondary deviations in development of children of infantile and early age.

Key words: early help, safe environment, children's cerebral palsy.

References:

1. Ahmetzjanova, A.I., Tvardovskaja A.A. Organizacija i sodержanie korrёkcionnoj ra-boty s Lekoteke.-Moskva: Shkol'naja pressa, 2013.-208 s.
2. Malofeev, H.H. Rannjaja pomoshh' - prioritet sovremennoj korrёkcionnoj pedagogiki / H.H. Malofeev // Defektologija 2003- №4 - S. 7-11.
3. Prihod'ko O.G. Zadachi, sodержanie i metody rannej pomoshhi detjam s dvigatel'-nymi narushenijami /O.G. Prihod'ko // Defektologija. 2003, № 4. S. 36-39.
4. Samarina, L.V. Sluzhba rannego vmeshatel'stva: novaja forma okazaniya pomoshhi i podderzhki detjam rannego vozrasta i ih sem'jam // Vospitanie i obuchenie detej s narushenijami razvitiya, 2005, №6, S.3 - 6.
5. Suhova, A. A. Kompleksnyj analiz invalidnosti vsledstvie detskogo cerebral'nogo paralicha u detej i osobennosti ih rehabilitacii v Respublike Tatarstan: Avtoref. diss. kand. med. nauk. M., 2011. – 32 s.

УДК 372.881.111.1

13.00.08

**ВОПРОСЫ МЕЖКУЛЬТУРНОЙ КОМПЕТЕНЦИИ
ПРЕПОДАВАТЕЛЯ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА**

Толипова Шахноза Шухратовна, feruza19@yandex.com,

преподаватель английского языка, кафедра иностранных языков,

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, республика Узбекистан

Аннотация: В статье рассматриваются основные подходы к изучению межкультурной компетенции преподавателя английского языка, описывается диагностика профессиональной компетенции преподавателя, определяются основные методы формирования межкультурной компетенции в подготовке будущих преподавателей английского языка.

Ключевые слова: межкультурная компетенция, лингвострановедческий аспект, языковая и речевая деятельность, преподаватель английского языка, культура, коммуникативность.

Современные тенденции в развитии образовательного процесса определяются задачами подготовки высококвалифицированных специалистов, обладающих профессиональными и нравственными качествами, способных не только воспроизводить полу-

ченные в вузе знания, применять на практике педагогические умения и навыки, но и организовывать межкультурную коммуникацию учитывая фактор преподавания английского языка.

Важным условием для подготовки таких специалистов является проведение мер совершенствования системы изучения иностранных языков на основе постановления от 2012 г. в Республике Узбекистан, в котором приводятся основные функции педагогической деятельности, а также требования к знаниям, навыкам, умениям и личностным качествам преподавателя, необходимым для осуществления этих функций с учетом формирования языковой и культурной компетенции [1].

В условиях осуществления вышеуказанных мер совершенствования системы изучения иностранных языков, которая основывается на компетентностной основе, особую актуальность приобретают проблема формирования у будущих специалистов общей профессиональной компетентности в целом и различных видов частных профессиональных компетентностей, что предполагает образовательные изменения в процессе подготовки будущих специалистов.

Особо остро стоит проблема формирования компетенций преподавателя английского языка в области осуществления контроля устных речевых умений учащихся, сформированность которых является одним из важнейших показателей достижения цели обучения английскому языку – формировании у обучающихся черт поликультурной личности, способной принимать полноценное участие в межкультурной коммуникации [2: С.127].

Следует отметить, что такие паронимичные понятия, как компетенция и компетентность, часто употребляются без разграничения. Тем не менее, это не вполне тождественные понятия. По данным дефиниционного анализа, компетенция – некая заранее определенная область знаний, в которой люди, объединенные одной профессией, должны быть осведомлены. Компетентность же – обладание, владение определенными знаниями, профессиональность. Таким образом, компетенция идеальна и нормативна, а компетентность реальна, свойственна конкретной личности и зависит от усилий человека.

Вопрос межкультурной компетенции преподавателя английского языка достаточно актуален в настоящее время в связи с расширением контактов между различными народами и, как следствие, ростом потребности в компетентных преподавателей английского языка: «...возросла необходимость в квалифицированных специалистах, способных обеспечить эффективную межкультурную коммуникацию и взаимопонимание между представителями разных стран» [3: С.416].